

Reinhold Kerbl, Karl Reiter, Lucas Wessel

Referenz Pädiatrie

Bernhard Stier

„Ziehen in der Leiste“

Bernhard Stier

Steckbrief

„Ziehen in der Leiste“ ist in der Pubertät bei Jungen ein häufiges Symptom und völlig unspezifisch. Von einem harmlosen Symptom, fraglich bedingt durch das Wachstum des Hodens, bis hin zur Hodentorsion ist alles als Ursache möglich. Sehr häufig tritt dieses Ziehen auch im Sinne eines psychosomatischen Symptomkomplexes auf („hidden agenda“). Kurzum kann es Ausdruck medizinischer (z.B. „Sportlerleiste“) und/oder psychischer Problematik sein. Nicht selten steckt z.B. die Frage nach der sexuellen Leistungsfähigkeit (Kann ich „es bringen“?) oder der Penisgröße dahinter (Ist mein Penis zu klein?). Das Internet ist voll von Informationen über die „richtige Penisgröße“. Dabei herrscht ein regelrechter Größenwahn (länger um jeden Preis) und verschiedene Methoden werden zur Vergrößerung angeboten.

Aktuelles

- Die unspezifischen Leistenschmerzen sollten nicht mit den sogenannten Kavaliersschmerzen oder Bräutigamsschmerzen, auch „Blaue Hoden“, oder im Volksmund „Hodenkrampf“ genannt, verwechselt werden.
- Letztere sind Folge sexueller Erregung ohne folgende Ejakulation und können auch nach einer Ejakulation auftreten, wenn die Erektion besonders lange aufrechterhalten wurde, oder mehrere Ejakulationen in kurzer Zeit hintereinander erfolgen.

Synonyme

- Leistenschmerzen
- Inguinalschmerzen
- groin pain

Keywords

- Leistenschmerzen
- Inspektion
- Palpation
- ALARA-Prinzip

Definition

„Ziehen in der Leiste“/Leistenschmerzen bei Jungen umschreiben ein Symptom von großer Varianz und Komplexität. Von rein psychischer Ursache bis zum medizinischen Notfall reicht die Bandbreite dessen, was sich dahinter verbergen kann. Das stellt den Untersucher vor große Herausforderungen und erfordert Fingerspitzengefühl – im wahrsten Sinne des Wortes – und große fachliche Kompetenz. Die anatomische und funktionelle Komplexität der Leiste sowie die

häufige Ausstrahlung aus anderen Regionen sind differenzialdiagnostisch ebenso eine Herausforderung und bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit. Da es eine Vielzahl von unterschiedlichen Ursachen für den Leistenschmerz bei Jungen und jungen Männern gibt, ist eine fachübergreifende Abklärung von besonderer Bedeutung.

Epidemiologie

Häufigkeit

- Wegen der großen Bandbreite der Ursachen lassen sich hierzu keine genauen Angaben machen.

Altersgipfel

- Wegen der großen Bandbreite der Ursachen lassen sich hierzu keine genauen Angaben machen.

Geschlechtsverteilung

- Wegen der großen Bandbreite der Ursachen lassen sich hierzu keine genauen Angaben machen.

Prädisponierende Faktoren

- Wegen der großen Bandbreite der Ursachen lassen sich hierzu keine genauen Angaben machen.

Einteilung und Erscheinungsformen

- Leistenbruch, Schenkelbruch
- Muskel- oder Sehnenverletzungen (z.B. Sportlerleiste)
- Gelenkerkrankungen
- Nervenentzündungen
- Erkrankungen der Harnorgane (z.B. Harnsteinleiden)
- Erkrankungen der Geschlechtsorgane (z.B. Hodentorsion)
- Lymphknotenschwellungen (verursacht durch z.B. Infektionen, in seltenen Fällen durch Tumore)

Symptomatik

- „Ziehen in der Leiste“ beschreibt ein Schmerzphänomen, welches im unteren Abdominalbereich, den Genitalorganen, aber auch im Bereich der Hüfte bis zum Oberschenkel einschließlich der Knieregion angesiedelt ist.
- Demzufolge müssen Pathologien aller in diesen Regionen befindlichen Organsysteme als Ursache in Betracht gezogen werden.
- Die Beschwerden können akut oder rezidivierend auftreten, was ggf. Rückschlüsse auf differenzialdiagnostische Unterscheidungen zulässt.
- Die Schmerzen können als „stechend“, „scharf“ oder „stumpf“ bzw. „bohrend“ beschrieben werden.
- Der Schmerzcharakter gibt einen wichtigen Hinweis, in welcher Richtung eine weitere Abklärung erfolgen sollte (z.B. plötzlich und stechend – „Vernichtungsschmerz“ – als Hinweis auf eine Hodentorsion bzw. Hydatidentorsion).
- Eine Schmerz-Werteskala von 1–10 gibt weitere wichtige Hinweise.
- Ebenso bedeutsam ist der Zusammenhang mit Begleitereignissen (Trauma, sportliche Betätigung, „falsche“ Bewegungen, etc.).
- Eine Veränderung der Schmerzen/des Schmerzcharakters in Abhängigkeit der Körperposition (Stehen, Liegen) bietet weitere wichtige Einblicke.

Diagnostik

- Der körperlichen Untersuchung kommt nicht nur zur Lokalisation des Schmerzes eine wesentliche Bedeutung zu.

Inspektion

- Von Anbeginn sollte der Patienten bzgl. seines körperlichen Auftretens beobachtet werden (Stichwort „Schonhaltung“).
- Seine Mimik, sein Bewegungsmuster (z.B. „gekrümmte Haltung“, Hinken) sollten unbedingt in die Diagnostik mit einfließen.
- Ebenso kann die spontane Lage auf der Untersuchungsliege wichtige Hinweise bieten (z.B. Drehmann-Zeichen bei Hüftaffektionen).

Palpation

- Verzichten sollte man nie darauf, sich anfangs die Schmerzlokalisation mit „einem Finger“ zeigen zu lassen. Dadurch lässt sich die primär zu untersuchende Region ggf. eingrenzen.
- Bedenken sollte man immer die Ausstrahlung der Schmerzen in andere Regionen.
- Auch kann die scheinbar eindeutige Lokalisation fehlleiten (z.B. „Bei Schmerzen im Knie, vergiss die Hüfte nie.“ – und ebenso nicht das Genitale).
- Die Untersuchung des äußeren Genitales ist immer eine Conditio sine qua non!

Red Flags

- s. Tab. 230.1

Tab. 230.1 Red Flags bei Leitsymptom „Ziehen in der Leiste“.

Red Flags	Hinweis auf Notfall
• Kaltschweißigkeit • gekrümmte Körperhaltung • Tachykardie • Angst	Hodentorsion/Hydatidentorsion
• starke Bewegungseinschränkung	Epiphysiolysis capitis femoris
• akuter Beginn • akute starke Schmerzen (Vernichtungsschmerz?)	Hodentorsion/(Hydatidentorsion)
• Miktionsbeschwerden, ggf. Flankenschmerzen	Nephrolithiasis
• Vorwölbungen	Leistenhernie, Lymphknotenschwellung
• gerötete bzw. livide Skrotalhaut bzw. Schwellung (kann auch bei Morbus Schönlein-Henoch bzw. idiopathischem Skrotalödem bestehen!)	Hodentorsion, Epididymitis, Orchitis, Panorchitis

Diagnostisches Vorgehen

- Das äußerst weite und primär unspezifische Erscheinungsbild des „Ziehens in der Leiste“ bzw. der Leistenschmerzen macht häufig eine multidisziplinäre Abklärung erforderlich (Abb. 230.1).
- Abb. 230.2 zeigt den diagnostischen Algorithmus.

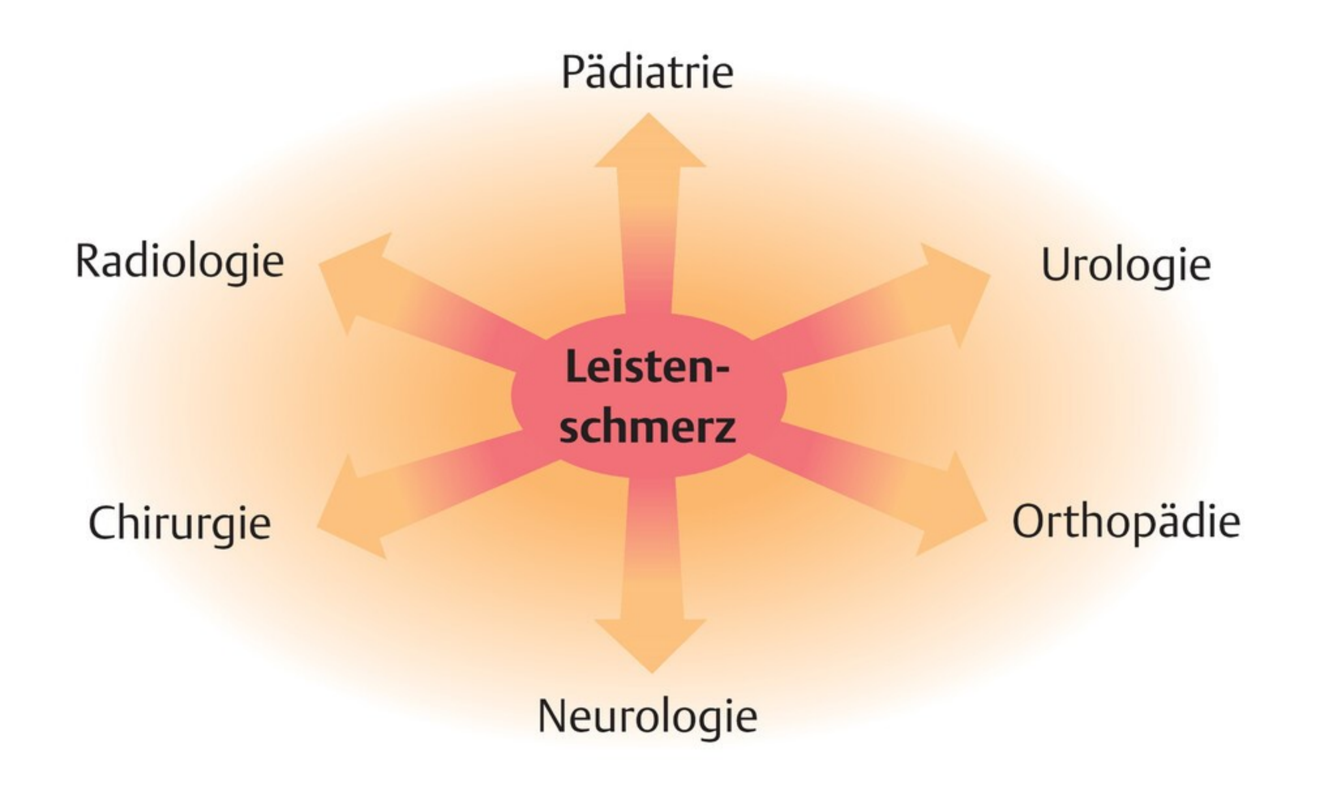


Abb. 230.1 Multidisziplinäre Abklärung der Leistenschmerzen.

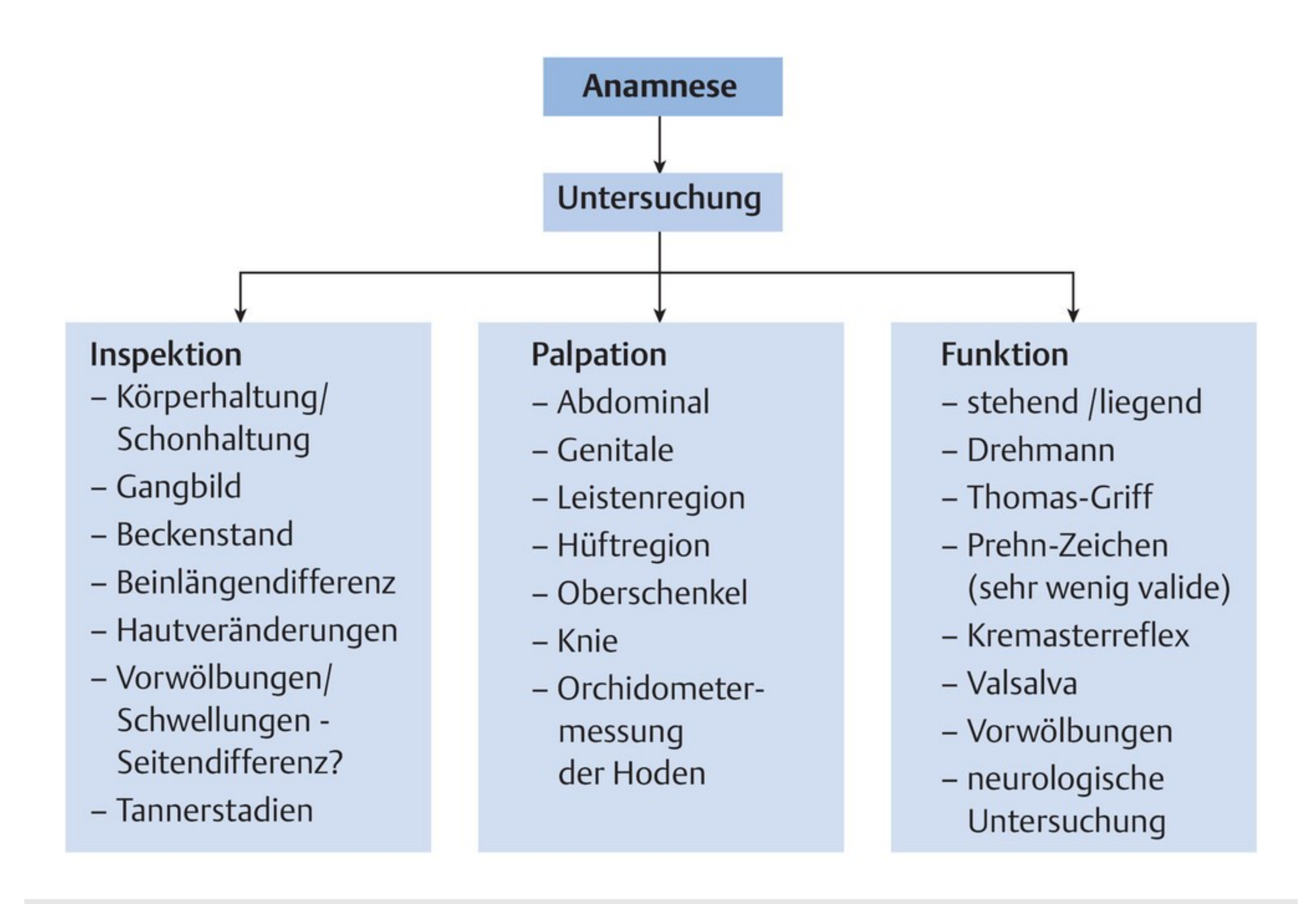


Abb. 230.2 Untersuchungsalgorithmus bei Symptom „Leistenschmerzen“.

Anamnese

- Wie lange bestehen die Schmerzen?
- Wann und wie traten sie auf?
- In welcher Körperposition sind die Schmerzen am stärksten?
- Wie sind der Schmerzcharakter und die Schmerzstärke?
- Strahlen die Schmerzen aus? Wenn ja, wohin?
- Bestehen Begleitbeschwerden?
- Begleiterkrankungen?

Körperliche Untersuchung

- s. Abb. 230.2
- allgemein:

  - Schmerzlokalisation
  - Abwehrspannung/Loslassschmerz
  - tastbare Schwellungen (fest, weich, verschieblich, schmerzhaft)
  - ertasten der Bruchpforte, des Bruchkanals und des Bruchsackinhaltinhalts (Reponierbarkeit?)
  - Seitenunterschiede
  - Unterschiede bei Körperpositionswechsel (z.B. liegend, stehend/Bauchlage, Rückenlage)
  - Unterschiede bei Bewegungsabläufen
- bei vermuteter orthopädischer Ursache:
  - myofasziale Triggerpunkte
  - ggf. Funktionsuntersuchung (Stehen, Liegen – Bauch- und Rückenlage, Drehbewegungen)
  - Impingement-Tests
  - Provokationstests

Labor

- je nach Befundlage
- So ist z.B. die Hodentorsion ein absoluter Notfall.
  - Keine Laboruntersuchung ist zielführend!
  - Lediglich doppler-/duplexsonografische und ggf. radiologische Untersuchungsmethoden geben konkretere Hinweise auf die Diagnose.
  - In dubio pro testis!

Mikrobiologie

Sonstige

- je nach Befundlage
- bei V.a. Prostatitis (sehr selten im Jugendalter): rektale Untersuchung/Ultraschall/ggf. PSA-Bestimmung (PSA = prostataspezifisches Antigen)

Bildgebende Diagnostik

- Bitte denken Sie immer an das ALARA-Prinzip: „**as l**ow **as r**easonably **a**chievable"
- Alle bildgebenden Verfahren sind gezielt und nicht unkritisch einzusetzen (weil man sie „gerade zur Hand hat")!
- also: je nach Befundlage

Differenzialdiagnosen

- s. Tab. 230.2 und Abb. 230.3

Tab. 230.2 Differenzialdiagnosen von Leitsymptom „Ziehen in der Leiste".

Differenzialdiagnose (absteigend sortiert nach klinischer Relevanz)	Häufigkeit der Differenzialdiagnose in Hinblick auf das Leitsymptom (häufig, gelegentlich, selten)	richtungsweisende Diagnostik/Befunde/ zusätzliche Leitsymptome	Sicherung der Diagnose
Leistenbruch (Hernia inquinalis) – gemeinhin auch als „Sportlerleiste" bezeichnet	0,8% und 5% (bei Kindern), in den meisten Fällen indirekte, angeborene Hernie, (fehlende Obliteration des Processus vaginalis bei Jungen in 80–94% bei Geburt offen (besonders bei Maldescensus testis, Blasenekstrophie) Verschluss bis	reponible bzw. irreponible Schwellung, seitendifferenter Schmerz bei der Palpation des äußeren Leistenrings und ein diskretes Anstoßphänomen der Fascia transversalis an den Zeigefinger des	typischer Tastbefund und ggf. Ultraschalluntersuchung

Differenzialdiagnose (absteigend sortiert nach klinischer Relevanz)	Häufigkeit der Differenzialdiagnose in Hinblick auf das Leitsymptom (häufig, gelegentlich, selten)	richtungsweisende Diagnostik/Befunde/ zusätzliche Leitsymptome	Sicherung der Diagnose
	ca. 3. LJ, Frühgeborene und Jungen häufiger betroffen, meist rechtsseitig → Hydrozele → Austritt von Flüssigkeit aus dem Bauchraum über offenen Leistenkanal	Untersuchers	
Schenkelbruch – Hernia femoralis – häufig als H. inquinalis fehldiagnostiziert	sehr selten (<0,5%) im Kindesalter –meist Folge einer vorangegangenen Leistenbruch-OP	oft nur ein diffuser Schmerz der Leiste, Schwellung kann übersehen werden (Cave bei Adipositas)	Bruchpforte maximal einen Zentimeter weit und unterhalb des Leistenbands am Oberschenkel lokalisiert
Muskel- oder Sehnenverletzungen (myofasziale Genese) – Insertionstendinopathie der Adduktoren und weiteren Muskeln am Becken	entscheidende Differenzialdiagnose zur klassischen Leistenhernie oder „Sportlerleiste“	anamnestisch: Z.n. Epiphysiolysis capitis femoris (ECF) oder Morbus Perthes? Exzessiver Sport?	
femoroacetabuläres Impingement (FAI, funktionelle Enge) als Ursache akuter oder chronischer Leistenschmerzen		typisch: bewegungsabhängiger Leistenschmerz oder Ruheschmerz nach langem, tiefem Sitzen	positive femoroacetabuläre Impingement-Tests (Abb. 230.4) Röntgen des Hüftkopfs bzw. Beckenübersicht ggf. MRT
Gelenkerkrankungen/ Nervenentzündungen	Coxitis, Arthrose, Verletzungen, Hüftkopfnekrose/ECF, Ischiassyndrom	Schmerzen einseitig oder beidseitig, nachts, in Ruhe (Knorpelschaden) oder im Liegen? Schmerzcharakter (dumpf, scharf, stechend – strahlt aus?)	Ausschlussdiagnostik, Labor, Röntgen, MRT – ggf. interdisziplinäre Kooperation
Erkrankungen der Harnorgane (z.B. Harnsteinleiden)	Harnwegsinfekte, Uretersteine	Dysurie, Koliken, häufig Hämaturie	Urinanalyse, ggf. Ultraschall/ggf. Röntgen und MRT
Erkrankungen der Geschlechtsorgane (z.B. Hodentorsion)	siehe in den entsprechenden Kapiteln zu Hodentorsion, Epididymitis, Orchitis, Panorchitis		
Lymphknotenschwellungen (verursacht durch zum Beispiel Infektionen, in seltenen Fällen durch Tumore)	Entzündungen im kleinen Becken, Entzündungen der ableitenden Harnwege (Cave: STI, Zoonosen)	Blickdiagnose, lokale Schmerzen, Schwellung und Rötung der Haut, evtl. Fieber (systemische Erkrankung ausschließen → generalisierte Lymphknotenschwellung)	Urinanalyse, Labor, ggf. Ultraschalluntersuchung

Leistenschmerz

Hüftgelenk
- FAI
- Hüftdysplasie
- Labrumriss
- Knorpelschaden
- foveales Impingement
- Ruptur Lig. capitis femoris
- freie Gelenkkörper
- Erkrankungen der Geschlechtsorgane

Periartikulärhüfte
- subspinales Impingement
- Coxa saltans interna
- Bursitis iliopectinea
- Erkrankungen der Geschlechtsorgane

Symphyse
- Symphysitis
- Osteitis pubis
- Pubalgia
- Tendinose M. rectus femoris

Oberschenkel-/Bauchmuskulatur
- Enthesiopathie, Apophysitis
- Tendinose, Tendopathie, Sehnenruptur
- Muskelverletzungen
- myofasziale Schmerzsyndrome
- Erkrankungen der Geschlechtsorgane

Rücken/Wirbelsäule
- Nerven(wurzel)kompression
- pseudoradikuläre Beschwerden
- myofasziale Schmerzsyndrome
- funktionelle Störungen
- ISG-Pathologie

intraabdominell
- Divertikulose
- Prostatahyperplasie
- Erkrankungen der Geschlechtsorgane
- Varicosis Lig. rolundum
- vaskuläre Erkrankungen
- Druckerhöhung bei Asthma bronchiale

alle Regionen
- Tumor
- Infektion
- Stressfraktur
- Fraktur

Leistenregion
- Erkrankungen der Geschlechtsorgane
- Sportlerleiste
- Leistenhernie, Schenkelhernie
- Lymphknoten

Abb. 230.3 Differenzialdiagnosen des Leistenschmerzes bei Sportlern

(ergänzt nach [2]) ISG = Iliosakralgelenk, FAI = femoroacetabuläres Imingement.

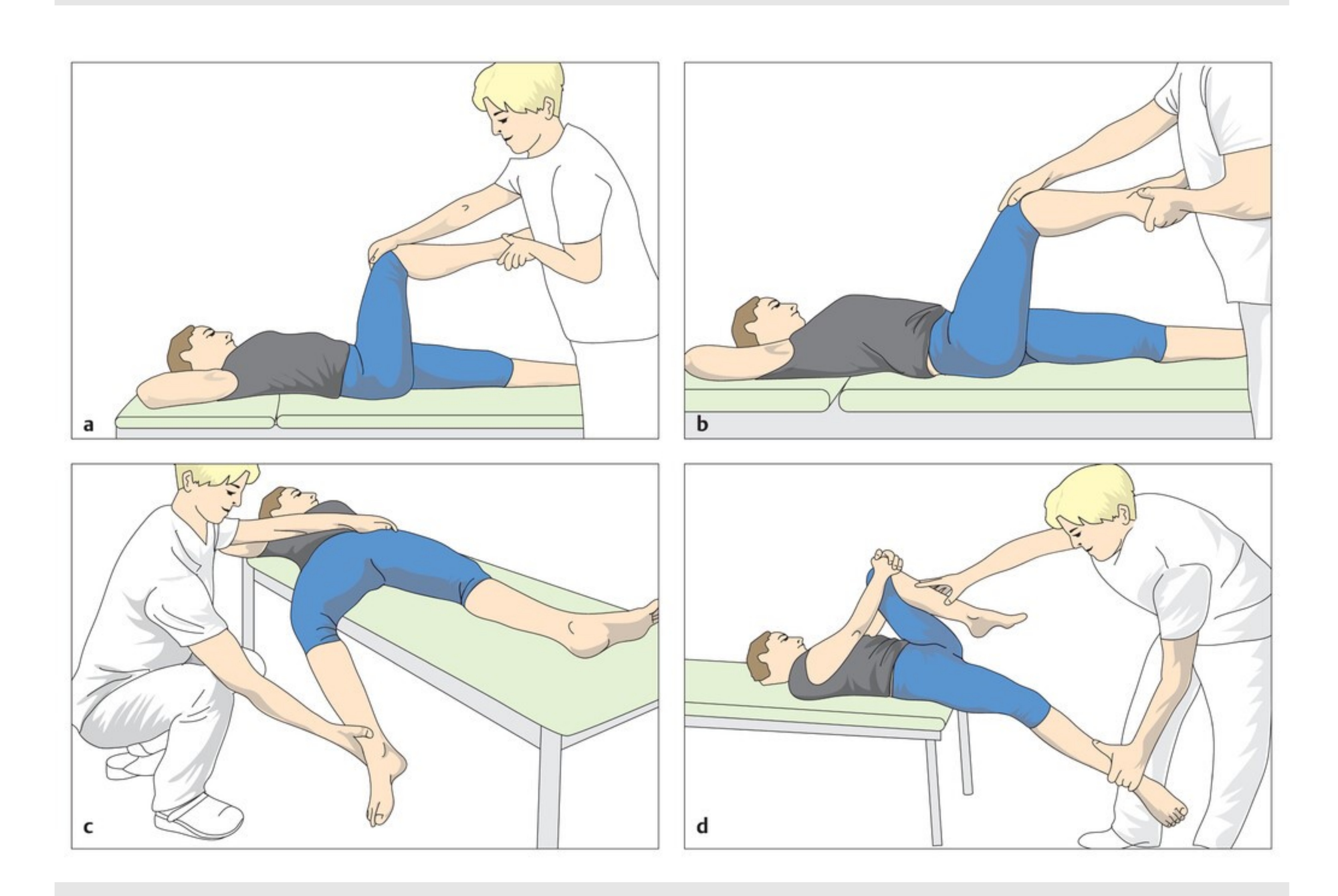


Abb. 230.4 Impingement-Tests.

[1]

a Ganz-I-Test zur Detektion des vorderen Impingements.

b FADDIR-Test (FADDIR = Flexion Adduction Internal Rotation) zur Detektion des vorderen Impingements.

c Ganz-II-Test zur Detektion des hinteren Impingements.

d FABER-Test (FABER = Flexion Abduction External Rotation) zur Detektion des hinteren Impingements.

Besonderheiten bei bestimmten Personengruppen

Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

- Generell lässt sich sagen, dass sich die Besonderheiten ergeben aus:
  - der sich noch in der Entwicklung befindlichen Situation des Kindes- und Jugendlichenkörpers
  - den lebensaltersspezifischen Verhaltensweisen von Jungen und jungen Männern

Literatur

Quellenangaben

- [1] Gatzka C. CME-Artikel: Das femoroacetabuläre Impingement (FAI) als relevante Differentialdiagnose zur Leistenhernie. Ätiologie – Anamnese – Diagnostik – Behandlungsoptionen. Passion Chirurgie 2020; 10: 03_01
- [2] Muschaweck U, Gollwitzer H, Conze J. Sportlerleiste – Begriffsbestimmung, Differenzialdiagnostik und Therapie. Orthopädie 2015; 44: 173–187

Literatur zur weiteren Vertiefung

- [1] Stier B, Weissenrieder N, Schwab KO, Hrsg. Jugendmedizin. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2018
- [2] Stier B. Jungenmedizin. In: Fegeler U, Jäger-Roman E, Rodens K, Hrsg. Praxishandbuch der pädiatrischen Grundversorgung. 2. Aufl. München: Elsevier; 2020
- [3] Stier B. Manual Jungenmedizin – Orientierungshilfe für Pädiater, Hausärzte und Urologen. Wiesbaden: Springer; 2017

Wichtige Internetadressen

- www.mayoclinic.org/symptoms/groin-pain/basics/causes/sym-20050652
- www.nchmd.org/education/mayo-health-library/details/SYM-20050652
- https://medlineplus.gov/ency/article/003111.htm
- www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096235/pdf/i1524–5012–9-1–11.pdf

Quelle:

Stier B. „Ziehen in der Leiste“. In: Kerbl R, Reiter K, Wessel L, Hrsg. Referenz Pädiatrie. Version 1.0. Stuttgart: Thieme; 2024.

Shortlink: https://eref.thieme.de/11GHT98D